MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA CULTURE

DIRECTION GENERALE DE L'EDUCATION
ET DES ENSEIGNEMENTS

POLYNESIE FRANÇAISE

MOUVEMENT 2025

MUTATION
POUR PRIORITE MEDICALE

des personnels titulaires de catégorie A (AAE)

DOSSIER DE DEMANDE DE PRIORITE MEDICALE

Date limite d'envoi du dossier au plus tard le lundi 18 novembre 2024

NOM : .....

Prénom : .....

Grade : ..... Discipline : .....

Affectation : ..... depuis le : .....

La procédure concerne :

- Les personnels titulaires ou stagiaires ;
- Leur conjoint bénéficiaire de l'obligation d'emploi ;
- La situation d'un enfant handicapé ou ayant un problème grave de santé.

Pièces justificatives :

- Fiche de demande d'affectation prioritaire au titre du handicap ou d'une situation médicale ;
- Lettre motivant la demande et précisant à quel titre elle est formulée à savoir au titre du handicap, pour raisons médicales ;
- Document attestant de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ;
- Documents médicaux relatifs à la pathologie « compte-rendu médical récent rédigé par le médecin généraliste ou par le médecin spécialiste concerné, dernière ordonnance de moins de trois mois) ». dans le cadre d'un rapprochement de conjoint, documenter les éventuels besoins de « tierce personne » ;
- Justificatif médical attestant que la mutation demandée améliorera les conditions de vie de la personne ;
- S'agissant d'un enfant non reconnu handicapé mais souffrant d'une maladie grave, toutes les pièces concernant le suivi médical notamment en milieu hospitalier spécialisé.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS A REMPLIR PAR L'INTERESSE(E)

A envoyer au service de la médecine de prévention à l'adresse générique suivante : *medecine.preventive@education.pf* accompagnée des pièces justificatives avec une copie à *brh4@education.pf*

NOM : ....

Prénom : ....

Né(e) le :.....

Adresse personnelle :

☎ : ..... email : .....

Notification de la COTOREP en date du ……../……./……délivrée par :.....

Avez-vous déjà obtenu une affectation ou une mutation pour raisons médicales ?

....

Si oui, à quelle date ? .....

Dans quelle académie ?.....

Grade :..... Discipline : .....

Affectation actuelle : ....

Les raisons médicales évoquées concernent :

☐ l'intéressé(e) ; ☐ son ou ses enfants ;

☐ son conjoint, ☐ autres.

Profession du conjoint et lieu d'exercice : ....

VŒUX :

ETABLISSEMENT	Code établissement

Date et signature de l'intéressé(e),

Le chef d'établissement,

Avis du médecin de prévention

Décision de M. le ministre